

5. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

Operationen?

Ja Nein

Art der Operation und Zeitpunkt:

Physikalische Therapie (z.B. Massagen, Krankengymnastik, Elektrotherapie)?

Ja Nein

Was, wann und wie lange?

Medikamente

Ja Nein

Welche Medikamente?

6. Welche Behandlungen sind geplant oder werden voraussichtlich noch notwendig sein?

7. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie jetzt noch? Bitte Namen und Anschrift angeben:

Orthopädie:

Hausarzt:

Rheumatologe:

8. Bestehen sonstige Beschwerden am Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Sehnen, Bänder, Bandscheiben, Nerven usw.)?

Ja Nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben: